N° ~~74~~ 8

LA
MYORRAPHIE ANTÉRIEURE
DES RELEVEURS DE L'ANUS

DANS LE

TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX DE LA FEMME

THÈSE

résentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1906

PAR

Mme BEIS, née De GALINOWSKA

Née à Moguilleff (Russie), le 3 mai 1878

'OUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER
CIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE GÉNÉRALE DU MIDI

1906

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)............... Doyen
TRUC..................... Assesseur

PROFESSEURS :

Clinique médicale..................................	MM. GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale..............................	TEDENAT.
Thérapeutique et Matière médicale..................	HAMELIN (✻).
Clinique médicale..................................	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses........	MAIRET (✻).
Physique médicale..................................	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale...........	GRANEL.
Clinique chirurgicale..............................	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique...........................	TRUC.
Chimie médicale....................................	VILLE.
Physiologie..	HEDON.
Histologie...	VIALLETON.
Pathologie interne.................................	DUCAMP.
Anatomie...	GILIS.
Opérations et Appareils............................	ESTOR.
Microbiologie......................................	RODET.
Médecine légale et Toxicologie.....................	SARDA.
Clinique des maladies des enfants..................	BAUMEL.
Anatomie pathologique..............................	BOSC.
Hygiène..	BERTIN-SANS H.
Clinique obstétricale..............................	VALLOIS.

Professeur adjoint : M. RAUZIER.
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, E. BERTIN-SANS (✻).
GRYNFELTT.
Secrétaire honoraire : M. GOT

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.. .	MM. VEDEL agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards....	RAUZIER, professeur adjoint
Pathologie externe..........................	JEANBRAU, agrégé.
Pathologie générale.........................	RAYMOND (✻). agrégé
Clinique gynécologique......................	De ROUVILLE, agr. libre.
Accouchements...............................	PUECH, agrégé libre.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GALAVIELLE.
RAYMOND (✻).
VIRES.
VEDEL.

MM. JEANBRAU.
POUJOL.
SOUBEIRAN.
GUÉRIN

MM. GAGNIÈRE.
GRYNFELTT Ed.
LAPEYRE.

M. IZARD, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM GILIS. Professeur, *Président.*
TÉDENAT, Professeur.

MM. SOUBEIRAN, Agrégé
GUÉRIN, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

LA MYORRAPHIE ANTÉRIEURE

DES RELEVEURS DE L'ANUS

DANS LE

TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX DE LA FEMME

INTRODUCTION

Le 29 mars 1905, M. Chaput s'exprimait en ces termes à
a Société de chirurgie :

« La suture des releveurs, préconisée par Zigenspeck
1889), puis par Delbet, Hartmann, Potherat, Ricard, à la
Société de chirurgie en 1892, est une opération excellente et
ui rend les plus grands services dans la cure des prolapsus.

» Elle soutient admirablement la paroi postérieure du vagin
t refait en somme un périnée postérieur vigoureux et suffi-
ant. Mais la réfection du périnée postérieur n'est pas tout
ans la question de la cure du prolapsus. Le prolapsus est
xclusivement le résultat d'une insuffisance des releveurs, et
ette insuffisance existe non pas seulement au niveau de la
aroi postérieure du vagin, mais dans tout l'espace compris
ntre le rectum et la symphyse pubienne. Il n'y a donc pas
s'étonner que la suture des releveurs, telle qu'elle a été

faite jusqu'ici, ne s'oppose nullement à la reproduction de la cystocèle qui continue à n'être pas soutenue.

» Depuis la publication des travaux que j'ai cités, j'ai fait très souvent la colpopérinéorraphie avec suture des releveurs, et j'ai pu plusieurs fois constater la récidive, non de la rectocèle bien soutenue, mais de la cystocèle qui bientôt entraînait l'utérus à sa suite.

» J'avais interprété ces faits par l'insuffisance des parties antérieures du releveur et j'avais songé à suturer ces releveurs en avant du vagin, mais je n'avais pas trouvé l'occasion de mettre ces idées à exécution, lorsque j'ai eu connaissance d'un travail de Groves, publié le 1er février 1905, à la Société obstétricale de Londres, dans lequel cet auteur, décrivant la suture des releveurs en avant du vagin, recommande une incision transversale de la paroi vaginale antérieure située à 3 centimètres du méat, puis il reconnaît les bords internes du releveur et les suture l'un à l'autre.

» L'opération de M. Groves m'a beaucoup séduit et je l'ai exécutée deux fois ces jours derniers. »

A la suite de la communication de M. Chaput, M. Potherat prit la parole ainsi que d'autres chirurgiens, et tous furent d'accord pour trouver que la colporraphie antérieure est peu efficace contre la cystocèle qui récidive et entraîne bientôt le prolapsus utérin.

Mais voici qu'à une séance ultérieure de la Société de chirurgie, M. Delanglade, de Marseille, fit connaître que cette opération dite de Groves, il l'avait exécutée et publiée dans les bulletins de la Société en 1902 et dans le *Marseille Médical*, sous le nom de *Réfection du diaphragme musculaire pelvien.*

A la suite de ces communications, M. le professeur agrégé Soubeiran eut l'idée de tenter, lui aussi, cette nouvelle opération en août 1905, et ce sont les résultats encore trop récents

et connus en trop petit nombre de cette méthode, que nous allons tâcher d'exposer, en même temps que nous avons essayé, en répétant sur le cadavre l'opération et en la contrôlant ensuite, d'en préciser la technique.

Nous envisagerons dans ce travail :

1° L'anatomie et la physiologie des releveurs de l'anus;
2° La technique opératoire;
3° Les résultats d'après les observations connues;
4° Nous verrons enfin quelles sont les conclusions que nous devons émettre.

Mais nous ne pouvons terminer notre scolarité sans adresser aujourd'hui à nos maîtres des Facultés nos plus sincères remerciements, pour la profitable instruction que nous avons reçue d'eux.

Nous remercions, en particulier, M. le professeur Gilis qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse; M. le professeur agrégé Soubeiran, qui nous en a donné l'idée et qui nous a fourni les moyens de mener à bonne fin ce modeste travail; enfin notre ami, le Dr Rouvière, chef des travaux anatomiques, qui nous a facilité nos recherches et qui a rendu notre tâche plus aisée.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU RELEVEUR DE L'ANUS

L'anatomie du périnée en général, l'anatomie et le rôle physiologique du releveur de l'anus en particulier, sont des questions étudiées depuis longtemps et discutées encore. Nous ne croyons pas utile de faire une revue générale des nombreux travaux qui ont été publiés, et de décrire ensuite, en détails, l'anatomie du releveur de l'anus. Nous nous proposons simplement, en nous basant sur les faits anatomiques généralement admis par les auteurs et sur les résultats que nous avons obtenus au cours de nos recherches sur le cadavre, d'indiquer : 1° les moyens qui permettent de repérer dans l'opération de Groves, le bord interne du releveur de l'anus ; 2° les résultats qui, au point de vue anatomo-physiologique, nous paraissent devoir résulter de l'emploi de cette méthode chirurgicale.

Le muscle releveur de l'anus forme, avec le releveur du côté opposé, un plancher musculaire, concave en haut, qui supporte les viscères de la cavité pelvienne.

Rieffel distingue à chacun de ces muscles deux portions, l'une externe ou sphinctérienne, l'autre interne ou élévatrice.

a) Portion externe. — Les fibres de la portion externe prennent leurs origines sur la face interne de la cavité pelvienne suivant une ligne contournée en ∽, allant du pubis à l'épine sciatique.

Sur la face postérieure du pubis, la ligne d'attache est

courbe, à convexité dirigée en haut En arrière des insertions pubiennes, la ligne d'attache prend une direction curviligne à concavité supérieure; elle passe ainsi au-dessous de l'arcade obturatrice, croise la face interne du muscle obturateur interne et atteint le bord postérieur de l'os coxal au niveau de l'épine sciatique; du canal obturateur jusqu'à l'épine, la ligne d'insertion est représentée par un épaississement tendineux, l'arc du releveur, l'arcus tendineus levatoris ani. Enfin, en arrière de l'extrémité portérieure de l'arc du releveur, se trouvent encore quelques faisceaux musculaires dont les origines ont lieu sur la face interne de l'épine sciatique, et quelquefois sur la face antérieure du petit ligament sacro-sciatique.

De cette longue zone d'attache, les fibres se dirigent toutes en bas et en arrière. Les faisceaux les plus internes entrent en rapport avec les faces latérales de l'urèthre du vagin et du rectum. Enfin toutes les fibres de cette portion du releveur s'entre-croisent en arrière du rectum avec les fibres du releveur du côté opposé en constituant le raphé fibreux ano-coccygien.

b) Portion interne. — La portion interne ou élévatrice est formée de fibres à direction antéro-postérieure. Elles prennent naissance sur la face postérieure du pubis, immédiatement au-dessus des insertions pubiennes de la portion sphinctérienne. De là, elles se portent d'avant en arrière, passant sur les côtés de l'urèthre, s'accolent ensuite aux parois latérales du vagin. « En arrière du vagin, les fibres les plus internes des deux côtés se rejoignent sur le raphé ou centre tendineux périnéal. La plupart des faisceaux se réunissent, s'appliquent à la face antérieure du rectum et descendent vers l'anus. Ils se fixent en bas par des tendinets élastiques sur les parois antérieures et latérales de l'anus,

dans le tissu conjonctif sous-cutané, après avoir passé entre les fibres des sphincters externe et interne. » (Rieffel.)

Rapports. — Nous préciserons seulement les rapports que présentent la face supérieure et le bord interne du releveur. Ces rapports seuls sont intéressants à notre point de vue.

La face supérieure du releveur est recouverte par une aponévrose Entre cette aponévrose et le péritoine s'étale une lame d'épaisseur et de résistance variables suivant les points considérés. Les fibres qui entrent dans sa constitution sont les unes transversales, d'autres longitudinales, d'autres enfin sont obliques. Cette lame cellulo-fibreuse adhère aux viscères pelviens, c'est-à-dire à la vessie, à l'urèthre, au vagin, au col utérin et au rectum. Elle s'amincit en outre autour des vaisseaux nombreux dans cette région, les engaine et les accompagne jusqu'à leur terminaison dans les organes du bassin.

Cette masse de tissu de soutien représente « le mésentère à la fois suspenseur et nourricier » (Petit) des viscères pelviens. C'est une dépendance de la gaine hypogastrique.

Nous dirons plus loin l'importance qu'a, selon nous, cette lame de tissu dans les résultats que peut donner l'opération de Chaput.

Le bord interne du releveur est formé par les fibres les plus internes des deux portions superposées du releveur de l'anus. Entre le bord interne des deux releveurs existe en avant du rectum une large fente médiane occupée par l'urèthre et le vagin.

Au niveau de l'urèthre, le bord interne du releveur est en rapport avec l'extrémité supérieure de ce canal et avec le col de la vessie. Au niveau du vagin, le releveur croise le canal génital à 25^{mm} environ au-dessus de l'orifice vulvo-

vaginal. Il est intimement accolé au vagin par le tissu cellulaire ; mais aucune fibre musculaire ne se termine dans les tuniques vaginales.

Des faits qui précèdent, nous croyons pouvoir déduire les considérations suivantes :

1° Pour trouver le bord interne du releveur de l'anus dans l'opération de Chaput, on peut se baser sur les rapports que son bord interne présente avec l'urèthre et le vagin. Le doigt promené le long de la face antérieure du conduit génital rencontrera le releveur de l'anus immédiatement au-dessous de la vessie et à 25^{mm} environ de l'orifice vulvo-vaginal.

2° Si par ce procédé on n'arrive pas à saisir le bord interne du releveur, on pourra le rechercher de la façon suivante : on glissera le doigt le long de la paroi pelvienne, sur l'obturateur interne, au-dessous et en dehors du releveur. Le doigt, cheminant de bas en haut, sera arrêté par l'insertion supérieure du muscle releveur. Il n'y aura plus qu'à ramener le doigt en bas et en dehors, en maintenant le contact avec la face interne du releveur, pour trouver le bord interne de ce muscle.

3° La suture des releveurs en avant du vagin, par la méthode de Chaput, ne paraît pas devoir donner de bons résultats. En effet, toutes les fois que le muscle se contractera, les bords internes des deux muscles qui auront été rapprochés et suturés sur la ligne médiane tendront à s'écarter et à prendre un direction rectiligne antéro-postérieure. La suture, en raison de la minceur du muscle releveur et de la fréquence des contractures de ces muscles, tiendra, nous semble-t-il, difficilement.

4° Le succès opératoire sera grandement facilité si l'on a soin de charger avec l'aiguille non seulement le releveur,

mais aussi une partie de la masse de tissu cellulo-fibreux qui recouvre sa face supérieure et qui est décrite sous le nom d'expansion de la gaine hypogastrique.

Les masses fibreuses des gaines étant solidement réunies sur la ligne médiane, en même temps que les releveurs, rendront les points de suture plus solides et s'opposeront à l'écartement des muscles quand ceux-ci se contracteront.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Voici la technique suivie par M. Chaput, qui dit : « Tout d abord, je commence la colpopérinéorraphie et je vais à la recherche des muscles releveurs, en arrière du vagin, à la façon de Delbet ; je passe des sutures au catgut dans les muscles, mais je ne les noue pas, et j'interromps momentanément la colpopérinéorraphie postérieure. Je me porte alors vers la paroi antérieure du vagin, à 3 ou 4 centimètres au-dessus du méat. Je l'incise horizontalement jusqu'au niveau des parois latérales du vagin, sur une longueur de 6 ou 8 centimètres environ. Je ne m'occupe pas de la lèvre inférieure de l'incision, mais je dissèque la lèvre supérieure de façon à séparer le vagin de la vessie d'une hauteur de 4 à 5 centimètres ; le décollement est poussé très loin latéralement, jusqu'à ce que le doigt appuie sur la paroi pelvienne latérale, et à ce moment, je recherche avec l'index une crête qui correspond au bord interne du releveur. Cette crête est malheureusement très peu saillante et il faut plutôt la deviner que la reconnaître ; cependant, avec de la persévérance, on y arrive assez facilement. La recherche du releveur se trouve très facilitée lorsqu'on tire sur les fils placés sur ce muscle. Dans la colpopérinéorraphie, cette traction fait saillir le muscle et aide à le reconnaître.

» Il faut maintenant passer les fils dans les bords du muscle, en chargeant beaucoup de tissu. Une aiguille analogue à celle de Reverdin, courbe, convient très bien pour passer

le fil en deux temps, à droite et à gauche. Deux points au catgut m'ont paru suffisants pour obtenir une réunion en surface suffisamment solide.

» Si la paroi vaginale est trop longue, je résèque la lèvre supérieure de l'incision vaginale et je suture en surjet au catgut. Je reviens alors à la colpopérinéorraphie postérieure, que j'achève à la manière classique.

» Lorsque l'opération est terminée, on constate que le vagin est très rétréci et qu'il est bordé en avant et en arrière par deux ogives se réunissant par leurs bases en formant un losange. »

Hey Groves passe deux ou trois sutures profondes dans le muscle releveur et il le serre ; puis il réunit les deux bords du muscle par une fine suture continue.

Quant à M. Delanglade, il a varié sa manière opératoire dans ses deux cas :

« La technique a différé dans mes deux interventions. Pour la *première*, afin d'aborder plus facilement les bords des releveurs, qui étaient écartés de toute la largeur de la main (on les sentait au toucher, le prolapsus une fois réduit et l'intervention a démontré qu'il n'y avait pas eu erreur d'interprétation), j'ai fait, à un travers de doigt en arrière du méat, une incision transversale de la paroi antérieure du vagin sur toute sa largeur, complètement décollé la vessie du vagin et placé en eux deux longues valves d'hystérectomie vaginale. Dans l'angle dièdre de séparation des viscères, j'ai pu reconnaître et très facilement le bord des releveurs. Ils furent chargés en deux fois sur une aiguille à pédale à grande courbure et rapprochés par six fils, deux soies, quatre catguts, au point d'être mis au contact l'un de l'autre. Cela n'alla pas sans difficulté : en certains points, le muscle se dilacère sous la traction du fil dans le sens de sa longueur, c'est-à-dire dans le sens antéro-postérieur, et il faut le

reprendre plus en dehors. En d'autres points, par le même mécanisme, deux fils glissent l'un vers l'autre et se superposent. On arrive néanmoins à remettre les deux muscles en contact sur une étendue antéro-postérieure de trois travers de doigt et l'on constate aussitôt la présence sous la vessie d'un plan très résistant. La paroi antérieure du vagin, dont aucune parcelle n'a été sacrifiée, est ensuite suturée transversalement.

»Dans ma *deuxième* opération, j'ai fait une colpopérinéorraphie antérieure, mais complète par la recherche des bords internes des releveurs, qui ont été chargés par les fils qui traversaient la branche vaginale. Le derme a ainsi prêté appui aux fibres musculaires au moment de la striction et empêché toute dilacération. »

Voici maintenant la technique suivie et réglée par M. le professeur agrégé Soubeiran :

« *Soins préliminaires*. — La malade a été purgée la veille et lavementée le soir même ; aussitôt on commence à donner de l'opium. Avant l'opération, la malade est sondée, le vagin, la vulve, le périnée, la face interne des cuisses, sont nettoyés, et la malade est mise dans la position de la taille.»

L'opérateur a d'abord exécuté la colpopérinéorraphie avec suture des releveurs en arrière, puis il passe à la myorraphie antérieure.

1° Mise en place des pinces et incision. — La paroi vaginale postérieure est refoulée par une valve, la paroi antérieure est bien exposée. Sur cette paroi antérieure, on jalonne avec deux pinces tire-balle ou de Kocher les deux extrémités de la ligne transversale, suivant laquelle la paroi vaginale sera incisée. Cette ligne est située à trois centimètres environ au-dessus du méat urinaire ; les pinces sont appliquées

sur les bords du vagin et confiées à un aide. Grâce à elles, la paroi vaginale est tendue, il reste à l'inciser transversalement en intéressant la muqueuse seule.

2° Dédoublement de la cloison. — La lèvre supérieure de l'incision est saisie avec une pince de Kocher et l'on dédouble la cloison uréthro-vaginale avec les ciseaux mousses et l'index en commençant sur les côtés où le plan de clivage est facilement trouvé. Sur la ligne médiane, quelques coups de ciseaux sont nécessaires en raison de l'adhérence intime de l'urèthre avec le vagin. Il en résulte une plaie profonde en forme d'entonnoir, et l'on s'arrête quand le doigt se meut librement dans le tissu sous péritonéal.

3° Recherche des releveurs. — L'index de l'opérateur va ensuite sur les côtés du pelvis à la recherche des bords internes des releveurs. Ceux-ci sont tantôt facilement, tantôt difficilement perceptibles ; d'autres fois ils ne sont plus perçus tant ils sont atrophiés. On peut s'aider de la manœuvre signalée par Chaput, dans tous les cas, on doit les rechercher en s'aidant des repères anatomiques signalés plus haut.

4° Suture. — Pour réunir les bords internes des releveurs, tandis qu'une valve antérieure protège la vessie, on prend avec une aiguille très courbe (nous employons l'aiguille d'Hagedorn) la masse musculaire du releveur du côté gauche, puis du côté droit en deux temps et en embrassant le plus de tissu possible. On passe ainsi d'arrière en avant trois gros catguts et l'on serre quand tous les fils sont passés. On a alors la sensation d'un plancher solide reconstitué par dessus ; il ne reste plus qu'à entourer le vagin transversalement et à terminer la colpopérinéorraphie. Le vagin est tamponné, une

sonde est laissée à demeure pendant les premiers jours, la malade est constipée pendant six jours.

Cette opération a été exécutée sur le vivant par M. Soubeiran. Puis, il nous a été permis de la répéter sur le cadavre, avec le précieux et très aimable concours de M. le Dr Rouvière, chef des travaux anatomiques, et de M. Soubeiran, et nous avons pu constater, en ouvrant ensuite le ventre, que c'étaient bien les releveurs qui avaient été pris par les sutures.

RÉSULTATS ET OBSERVATIONS

La myorraphie antérieure des releveurs de l'anus est une opération parfaitement légitime et logique, mais il y a des cas nombreux où le releveur est insuffisant; c'est évidemment la cause du prolapsus et c'est surtout, en ce qui nous concerne, la source des difficultés de sa recherche et la cause des échecs de la suture en avant de l'utérus; les muscles diminués et peu résistants sont trop écartés l'un de l'autre.

Et M. Routier s'exprimait fort bien en répondant à M. Chaput (Soc. de chirurgie, 1905) :

« Je comprends parfaitement que lorsqu'on fait une colpopérinéorraphie, on dise : Il faut suturer la partie antérieure du releveur de l'anus; de cette façon, on aura un beau résultat.

» Cette manière de faire serait parfaite si on pouvait, à tous coups, suturer ces releveurs. Or, dans les vraies chutes de l'utérus, dans les graves rectocèles ou fortes cystocèles, les cas précisément où il faudrait refaire un plancher très solide, sont ceux où les releveurs manquent le plus ; c'est peut-être là, du reste, la cause du prolapsus.

» De parti pris, toutes les fois que je fais une colpopérinéorraphie, je cherche aussi les releveurs pour les rapprocher et les suturer. Je dois dire que le plus souvent je ne les trouve pas ; je prends alors le plus de parties molles possible pour les rapprocher. C'est ce qui m'est arrivé chez une malade, que j'ai revue ce matin précisément.

» C'est une jeune femme de 22 ans qui vint dans mon service, il y a deux ans, pour un prolapsus total de l'utérus. On venait de parler ici de la suture des releveurs au moment où je l'opérai ; plein de mon sujet, je cherchai chez elle, avec grand soin, les muscles releveurs et je dois avouer que je les trouvai fort mal. Cependant, elle sortit parfaitement guérie : l'utérus remontait à sa place et avait un vagin long dans lequel les deux colonnes, après sutures, semblaient devoir former deux solides points de soutien pour l'avenir. Elle revient ce matin avec un enfant sur les bras, qui a dix mois, et son utérus est de nouveau sorti et pend entre ses jambes.

» Je vais refaire une périnéorraphie, il est probable que je trouverai encore moins les releveurs que lors de ma première opération.

» *Je voudrais donc qu'on avertisse les opérateurs* ; *ils doivent chercher les releveurs*, *mais il faut savoir qu'ils peuvent ne pas les trouver*. »

C'est bien d'ailleurs ce qui est arrivé à M. Delanglade, ainsi qu'il le signale. (Soc. ch. 1905.)

Quoi qu'il en soit, chez nombre de malades, la suture des releveurs en avant et en arrière du vagin est appelée à rendre des services considérables, notamment chez celles dont la musculature est encore suffisante.

Nous rapportons un certain nombre d'observations incomplètes souvent, comme celles de Groves, et peu nombreuses encore malgré nos recherches. Il faut d'ailleurs tenir compte de ce fait que la communication de M. Chaput date d'un an à peine. Nous les résumons dans un tableau :

Groves (1905). — Plusieurs opérations : une malade revue deux ans après, avait accouché et gardait un bon plancher pelvien.

Chaput (1905). — Deux opérations récentes : résultat éloigné inconnu.

Delanglade (1901-1905). — *Première opération* (prolapsus complet, myorraphie antérieure, puis colpopérinéorraphie qui lâche) : récidive un an et demi après. — *Deuxième opération* (cystocèle seule, myorraphie antérieure): bon résultat huit mois après.

Soubeiran (malade déjà symphyséotomisée, muscles très atrophiés) : Echec de la myorraphie antérieure un mois après.

Observations de Groves (1905)

Nouvelle opération pour la cure de la cystocèle vaginale (M. Hey Groves)

« La technique opératoire est la suivante : On fait une incision transversale allant d'une grande lèvre à l'autre à trois centimètres environ en arrière de l'orifice uréthral et comprenant toute l'épaisseur du vagin. On écarte les deux lèvres de l'incision, et avec le doigt et le manche du scalpel on sépare en avant l'urèthre et la vessie du vagin. Les extrémités des muscles releveurs de l'anus sont ensuite attirées dans chaque angle de la plaie. Il est facile de les mettre en contact avec peu ou même sans tension. On passe alors deux ou trois sutures profondes dans l'épaisseur des deux muscles, aussi loin du bord que cela est possible de faire, sans compromettre l'affrontement, et on les lie sur la surface externe de l'un des muscles, environ à 1 cent. 1/2 du bord. On réunit ensuite les deux bords par une fine suture continue. On obtient ainsi un plan musculaire médian de deux cent. de long et d'un cent. 1/2 d'épaisseur qui forme un appui solide à la base de la vessie. Les bords de l incision vulvaire sont réunis au catgut après résection préalable de la muqueuse prolabée. Chez la première malade opérée par l'au-

teur, il y a deux ans (1903) et revue récemment, la cystocèle ne s'est pas reproduite. De plus, cette malade ayant accouché à terme d'un enfant vivant, le plancher pelvien demeura solide.

» M. Cullingworth demande si la dissection de la paroi vaginale de l'urèthre et de la vessie n'offre pas quelque difficulté, et s'il est facile de trouver les bords des releveurs de l'anus chez les femmes âgées.

» M. Hey Groves répond que la malade citée par lui avait 35 ans et que l'opération est encore plus facilement praticable chez des femmes âgées, chez lesquelles on peut suturer les releveurs de l'anus sur une plus grande étendue ».

Observations de M. Chaput

(Soc. de Chirurg. 1905)

Sur les deux malades que j'ai opérées récemment, de la façon que je viens de décrire, j'ai trouvé assez facilement les bords des quatre releveurs, en tâtonnant il est vrai un peu, mais sans rencontrer de difficulté sérieuse dans cette recherche.

On a la sensation, en pratiquant cette opération, de constituer un plancher pelvien solide, qui soutiendra efficacement la vessie, l'utérus et les parois antérieures et postérieures du vagin. Je ne puis, bien entendu, parler des résultats éloignés de l'opération, mes observations étant trop récentes, mais le résultat m'a paru aussi parfait qu'on pouvait le désirer.

L'opération présente-t-elle quelques dangers? L'opération est peu sanglante ; je n'ai pas eu une seule ligature à faire.

Il faut s'attendre toutefois à voir survenir de temps en

temps des hématomes dans la plaie. Les grands décollements qu'on exécute sont bien préparés pour l'infection ; aussi ne doit-on entreprendre cette opération que quand on est sûr de son antisepsie.

La blessure de la vessie n'est pas à redouter, car cet organe adhère peu à la paroi vaginale et la séparation des deux organes est facile à réaliser. Les uretères ne sont pas exposés à être blessés si l'on prend soin de faire porter les décollements très en dehors, contre la paroi pelvienne, car on opère au-dessous et en dehors d'eux. Je dirai, en terminant, que l'opération de Groves complète heureusement celle de Zigenspeck et que je suis convaincu que nous tenons enfin, grâce à ces deux opérations, une méthode radicale de cure des prolapsus vaginaux.

Observations Delanglade

(Résumée)

(*Marseille Médical*, 1905)

Malade âgée de 46 ans, entrée à l'hôpital pour une descente de la matrice. Dans ses antécédents héréditaires, un point attire notre attention : son grand-père a eu une hernie. La malade a été toujours bien réglée ; elle a eu six grossesses, dont la première remonte à 26 ans, la dernière à 10 ans; elle a accouché à terme, normalement et vite. Jamais d'intervention ni de déchirure, les suites furent simples. C'est à la suite du dernier accouchement qu'elle a ressenti, au niveau de la vulve, une pesanteur qui s'est accrue progressivement.

Il y a deux ans, la matrice est sortie de la vulve. Une opération a été faite il y a 18 mois, dans une ville voisine, la malade ignore en quoi elle a consisté. Quinze jours après sa sortie de l'hôpital, le prolapsus se reproduit exactement

comme devant. Elle se décide à une nouvelle intervention, parce qu'elle marche avec peine, qu'elle souffre et qu'elle urine mal.

A l'examen, on constate, quand la malade est debout, que l'utérus sort par la vulve (prolapsus complet); quand la femme est couchée, la tumeur reste dehors. L'hystéromètre montre que la matrice est allongée et mesure 13 centimètres. Quand la tumeur est réduite, la vulve apparaît béante, l'utérus est en rétroversion, rien du côté des annexes.

En suivant avec le doigt la paroi latérale du vagin, nous trouvons, au niveau du fond du cotyle, une bride de 2 à 3^{mm} de large, qui croise obliquement l'axe du vagin et peut être sentie jusqu'à la partie postéro-inférieure du pubis; sa disposition est exactement symétrique par rapport au plan médian. Les deux bandelettes sont écartées l'une de l'autre de trois travers de doigt environ. Si l'on prie la malade de pousser, le doigt perçoit mieux encore la corde.

L'index droit restant dans le vagin, si l'on met l'index gauche dans le rectum, on trouve le corps périnéal très affaibli.

Opération le 16 novembre 1901. Incision transversale de la paroi antérieure du vagin à un travers de doigt en arrière du méat, sur toute la largeur de cette paroi. Décollement très large de la vessie et du vagin.

Dans l'angle dièdre formé par leur séparation, en un point correspondant à la bandelette, on reconnaît avec la plus grande netteté les releveurs coccy-périnéaux. Malgré leur écartement considérable, ils peuvent être chargés sur une aiguille à pédale, à très grande courbure et rapprochés par six fils, deux soies et quatre catguts, au point de venir au contact l'un de l'autre. La chose ne va pas sans quelques anicroches. En certains points le muscle se dilacère, sous la traction du fil dans le sens de sa longueur, c'est-à-dire dans le sens

antéro-postérieur, et il faut le reprendre plus en dehors. On arrive néanmoins à mettre les deux muscles au contact, sur une étendue antéro-postérieure de trois travers de doigt environ, et l'on constate aussitôt la présence sous la vessie, d'un plan très résistant.

La paroi antérieure du vagin est ensuite suturée dans le sens de l'incision, c'est-à-dire transversalement. Je ne fais pas dans la même séance, comme j'en avais l'intention, la colpopérinéorraphie pour ne pas exercer avec des valves des tractions, qui pourraient être fâcheuses sur les fils des releveurs. Ce complément, qui n'est dicté que par la prudence, est fait trois semaines plus tard.

Les suites ont été normales pour la première intervention ; mais pour la seconde, quelques fils ont lâché au niveau de périnée. Cependant, l'utérus reste solidement fixé dans sa position élevée et la vessie n'a aucune tendance à faire saillie même pendant l'effort. Le temps écoulé est naturellement trop court pour pouvoir parler encore de guérison. »

Chez une autre malade atteinte seulement de cystocèle, M. Delanglade se contenta de suturer les releveurs en avant. Et il ajoute (Soc. de chir. 1905) : « Les suites ont été normales pour mes deux malades. J'ai d'excellentes nouvelles de l'opérée du cystocèle huit mois après l'intervention. Pour l'opérée du prolapsus, elle n'est pas revenue malgré mes recommandations, et je le regrette, car je ne suis pas sans préoccupation au sujet de son résultat définitif. J'avais en effet complété mon intervention dans une séance ultérieure, par une colpopérinéorraphie qui avait malheureusement suppuré et lâché. Elle ne pouvait donc lutter contre la récidive du prolapsus complet que par sa myorraphie antérieure. Je dois dire cependant que la troisième fois que je l'ai revue, deux mois et demi après cette opération, son utérus était resté haut placé ; qu'il avait suivi une véritable involution, sa cavité

ne mesurant que 7 à 8 centimètres au lieu de 13 avant l'opération ; que l'on sentait une résistance ferme au-dessous de la vessie, bien qu'il n'y ait eu aucune résection vaginale ; que l'effort provoqué ne tendait pas à reproduire le déplacement.

Chez mes deux malades, j'avais trouvé avant l'opération l'utérus en rétroversion ; après, il avait repris et conservé, tant que j'ai pu les suivre, sa direction normale. Rien n'avait été fait cependant en vue de corriger ce déplacement. »

Observation personnelle

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Soubeiran

M. ., âgée de 28 ans, entre dans le service de M. le professeur Tédenat, le 1er septembre 1905, suppléé par M. le professeur agrégé Soubeiran, pour un prolapsus utérin. La malade a toujours été bien réglée, elle a eu une grossesse, il y a trois ans, pour laquelle on a dû faire la symphyséotomie. Les suites furent simples, mais un an après apparut un prolapsus utérin, et depuis cinq mois environ, la matrice est complètement sortie de la vulve. Les autres antécédents ne contiennent aucun fait digne d'être signalé.

La malade ressent de la pesanteur périnéale, elle marche à peine et urine mal.

A l'examen, on constate que les pubis, peut-être un peu écartés, sont parfaitement soudés. L'utérus sort en entier par la vulve, retournant le vagin. Il n'est pas augmenté de volume, ni enflammé. Le périnée est faible, ses muscles ont dû être le siège d'une déchirure lors de l'accouchement.

Le 5 septembre, la malade est endormie avec un mélange d'éther et de chloroforme et opérée :

1° Dans un premier temps, on exécute une colpopéri-

néorraphie suivant la technique classique de Doléris, (mais en poussant assez loin le dédoublement pour suturer les releveurs suivant la technique de Delbet);

2° Puis on passe à la myorraphie antérieure en incisant transversalement le vagin (paroi antérieure) à 3 centimètres au-dessus du méat, en dédoublant la cloison uréthro-vaginale, puis en allant à la recherche des releveurs ; mais ces derniers, quoique assez aisément perçus, sont assez écartés l'un de l'autre (trois bons travers de doigt). Trois catguts assez gros les réunissent avec une tension assez forte et l'on sent avec le doigt un plan résistant au dessous de la vessie ; par dessus, le vagin est recousu dans le sens de l'incision. Tamponnement vaginal, sonde à demeure; opium.

Les suites opératoires furent bonnes; pas d'infection.

Au sixième jour, la malade va à la selle; le pansement est changé, la suture profonde tient bien. Au sixième jour, les fils périnéaux sont enlevés. A la fin du mois, la malade sort, la vulve et le périnée sont en bon état, mais l'utérus est redescendu, il est appliqué à la face profonde de la vulve ; la myorraphie antérieure n'a pas tenu.

La cause de cet échec réside : dans l'écartement et l'affaiblissement des releveurs (femme ayant subi la symphyséotomie) et dans la tension considérable de la suture des releveurs en avant de l'utérus.

CONCLUSIONS

I. La myorraphie antérieure des releveurs de l'anus s'adresse à la cystocèle et au prolapsus utérin, et dans ce dernier cas, elle complète avantageusement la colpopérinéorraphie.

II. La technique est simple ; le temps délicat est la recherche des releveurs, qui sera facilitée par les données anatomiques précédemment citées.

III. Les avantages de cette technique sont de placer la vessie sur un plancher résistant et contractile ; elle combat donc la cystocèle, élément prépondérant du prolapsus utérin, cystocèle d'ailleurs mal combattue par les procédés habituels (colporraphie).

IV. De plus, elle repousse le col utérin en arrière et s'oppose à la rétrodéviation si importante dans le prolapsus de cet organe.

V. Cette opération peut être impossible (releveurs introuvables, atrophiés, trop distants).

VI. Ses résultats éloignés sont encore mal connus, il faudrait un nombre d'observations plus considérable et il faut surtout la sanction du temps pour confirmer les résultats avantageux. Dans tous les cas, cette opération est parfaitement légitime.

BIBLIOGRAPHIE

Chaput. — Soc. de Chir., 1905, p. 338.

Cullingworth. — Soc. obst., Londres, 1905, p. 408, t. LI et Revue de Gynécol., 1905, p. 532.

Delanglade. — Soc. de Chir., 1902, p. 1140 ; Marseille méd., 1903, p. 225 ; Soc. de Chir. 1905, p. 361.

Groves. — Soc. obst., Londres, 1905, p. 408, t. LI ; Revue de Gynécol. 1905, p. 532.

Potherat. — Soc. de Chir., 1905.

Routier. — Soc. de Chir, 1905.

Soubeiran. — Obs. personnelle. Mémoire à paraître.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 19 Juillet 1906.
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 19 Juillet 1906.
Le Recteur,
A. BENOIST.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.